



HELENA MARIA LEAL DAVID. Professora Titular, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Facultad de Enfermería de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Profesora Visitante en la Universidad de Alicante, 2018/2019
helenad@uerj.br

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ-RIERA. Profesor Titular, Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante.

El presente trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordenação de Apoio a Pessoal de Nível Superior – CAPES, Brasil - Código de Financiación 001.

Crisis, austeridad e impactos para las enfermeras de Atención Primaria en España y Brasil

Crisis, austherity and impacts on Primary Care Nursing working in Spain and Brazil

Resumen

Las crisis económico-políticas afectan sobremanera a los sistemas sanitarios, y amenazan los principios de universalidad de acceso y la integralidad del cuidado de salud. Situaciones de crisis económica y política fueron vividas en Europa en la última década y más recientemente en países latinoamericanos, con impactos severos en las condiciones de vida y salud de la población, y en los sistemas sanitarios. Se presentan los principales impactos sociales y de salud de la crisis en España y en Brasil, así como los elementos comunes y comparables de la práctica enfermera que actúan en Atención Primaria en ambos países. A partir de los elementos destacados, se puede concluir que las enfermeras de Atención Primaria son imprescindibles para el mantenimiento y ampliación de servicios y acciones derivados de los principios de equidad y de salud como derecho y, por lo tanto, deben organizarse para hacer frente a las situaciones de crisis actuales y futuras.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA DE SALUD COMUNITARIA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; SISTEMAS DE SALUD; CRISIS.

Summary

Economic-political crises greatly affect health systems, and threaten the principles of universal access and the integrality of health care. Situations of economic and political crisis were experienced in Europe in the last decade and more recently in Latin American countries, with severe impacts on the living conditions and health of the population, and health systems. The main social and health impacts of the crisis in Spain and Brazil are presented, as well as the common and comparable elements of the nurse practice that act in Primary Care in both countries. Based on the highlighted elements, it can be concluded that primary care nurses are essential for the maintenance and expansion of services and actions derived from the principles of equity and health as a right and, therefore, must be organized to face the current and future crisis situations.

KEYWORDS: COMMUNITY HEALTH NURSING; PRIMARY HEALTH CARE; HEALTH SYSTEMS; CRISIS.

Introducción

El reconocimiento de una coyuntura o situación de crisis sanitaria implica un análisis acerca de los límites de un sistema de salud para dar respuestas a las demandas y necesidades de las poblaciones a las que atienden, en la medida en que suponen impac-

tos epidemiológicos, financieros, políticos y sociales (Martínez-Riera, 2012). Una crisis sanitaria provoca el agravamiento de las enfermedades no cuidadas; en el peor de los casos, la pérdida de vidas¹. La situación de crisis en los países europeos se manifiesta a partir de 2008, como consecuencia de la



crisis norteamericana, generada a su vez por la quiebra del mercado inmobiliario. Las consecuencias sobre la red de Atención Primaria de Salud (APS) de tres países -Alemania, España e Inglaterra-, según algunos estudios señalan que los programas de austeridad impuestos por la troika generaron un fuerte impacto en las políticas sociales en estos y otros países². Los casos de Alemania, España e Inglaterra son emblemáticos porque, a pesar de las diferencias históricas y culturales, alcanzaron niveles de distribución de servicios de APS extremadamente eficientes y de amplia cobertura, sin segmentación. Además de las disputas económicas y políticas consecuentes a la ampliación de la perspectiva neoliberal en el mundo occidental desde los años 80, estos países viven hoy el desafío de seguir garantizando atención de calidad, en contextos de recursos cada vez más escasos.

España es considerado el país donde la crisis tuvo los peores efectos en términos de incremento del desempleo. Se pasó del 8% al 22,3% de paro entre los años 2007 y 2015. Asimismo, en el periodo 2008-2011 se incrementó la desigualdad social según el Coeficiente de Gini, que pasó de 31,2 a 34,0, sólo superado por Bulgaria, Letonia y Portugal³. Indicadores de mortalidad por suicidios y mortalidad materna aumentaron también en ese período⁴.

En Brasil, los efectos de la crisis internacional llegaron más tarde, y apenas empiezan a identificarse. Informes oficiales evidencian que el desempleo medio fue de 6,8% en 2014 a 12,7% en 2017. Otros indicadores presentan deterioro rápido y preocupante, como el porcentaje de personas viviendo bajo el umbral de pobreza (o sea, con un ingreso diario de menos de 5,5 dólares), que solamente entre 2016 y 2018 aumentó un 4%, afectando al 26,5% de toda la población⁵. En 2015 se superó la capacidad financiera de todos los entes federativos que componen solidariamente el Sistema Universal de Salud (SUS) –federación, estados y municipalidades. Al mismo tiempo, una severa crisis política derivó en la destitución de la presidenta Dilma Rousseff, siendo sustituida por el vicepresidente Michel Temer, representante de las fuerzas políticas conservadoras que incorpora medidas económicas y políticas neoliberales. Llama la atención la ausencia de evidencias o análisis que aborden de modo más específico el papel de las enfermeras en la APS en situaciones de crisis a nivel internacional, existiendo una evidente coincidencia en torno a cuestiones relativas al acceso al profesional médico (médico general, o GP, en el caso inglés). Las enfermeras son, a nivel internacional, profesionales imprescindibles para el acceso a los cuidados

primarios. En su actuación, se destacan la capacidad de intervención en promoción de la salud, el desarrollo de prácticas de educación para la salud a nivel individual y colectivo, la participación comunitaria y el cuidado integral⁶. La APS es un campo de acción predominantemente estatal, y la presencia de enfermeras en todos los tipos de unidades y servicios demuestra un compromiso histórico y valores profesionales compartidos a nivel mundial. Desde el punto de vista de las consecuencias derivadas de las medidas de austeridad, las enfermeras son actores sociales estratégicos en contextos de crisis que afectan a las políticas sociales y de salud, tanto en lo que respecta al impacto económico como a las condiciones de trabajo, derivadas de los cambios de comportamiento y de la identificación de necesidades de salud de la población que usa los servicios de APS.

En este artículo, aportamos una breve descripción de los contextos de crisis económicas y de los programas de austeridad en un país de cada continente (América y Europa), identificando algunas características comunes y comparables en las enfermeras de APS, lo que permite debatir en torno a los impactos concretos y potenciales que tienen sobre el trabajo enfermero.

Los casos de España y Brasil: algunos aspectos de los sistemas sanitarios bajo contextos de crisis

De inicio, cabe destacar una importante diferencia en cuanto a la formulación e implementación de políticas públicas en ambos países. En España, la organización jurídica, legal y del ejecutivo se estructura en Comunidades Autónomas, mientras que en Brasil existe una organización federal, centralizada en las decisiones del gobierno central, luego transferidas a los estados y municipalidades. Ambos países presentan desigualdades regionales ➤

y de distribución de riqueza. Aunque no comparables, es un aspecto que tiene relevancia cuando se analizan los efectos de las crisis en la distribución de políticas de bienestar social.

El Sistema Nacional de Salud Español fue instaurado en 1986 como sistema universal, de financiación pública y con cobertura universal. La Atención Primaria española se puede considerar como un modelo resolutivo: España ocupa el quinto lugar mundial en cobertura vacunal, la esperanza de vida es una de las más altas del mundo, la mortalidad infantil descendió de las 20 muertes por 100 nacidos vivos de 1970 a las 3,46 en 2007⁷. Las consecuencias para la salud de la crisis vivida en España es parte de un complejo proceso de interacción entre factores sociales, político-económicos y culturales, que también tienen referencia geopolítica internacional. Algunas investigaciones identificaron que, durante la crisis entre los años 2008 y 2012, se observaron inequidades en áreas como el diagnóstico de patologías mentales, calidad de vida relacionada con la salud infantil y salud mental de hombres⁸.

En Castilla-la Mancha se identificaron correlaciones entre el incremento en las tasas estandarizadas de suicidio en los años 2007-2008 y los indicadores Tasa de Desempleo (correlación positiva) y PIB (correlación negativa), comparadas con las tasas en el periodo pre-crisis⁹.

Los efectos de las medidas de austeridad en el sector salud se distribuyeron de manera desigual. Como ejemplo podemos destacar la exclusión del derecho a la salud de los inmigrantes sin permiso de residencia, recientemente restituido, y la inclusión de copagos en los fármacos para las personas mayores (REF), bajo el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012. Los médicos de Madrid consideraron que esas medidas no fueron adecuadamente explicadas en relación a sus objetivos, manifestando que están guiadas por la idea

de "ahorro a cualquier precio"³. Son diferentes las maneras de reaccionar a la crisis y gestionar los gastos de salud por parte de los gobiernos de las Comunidades Autónomas: en el País Vasco se incrementaron los gastos públicos; en Madrid, La Rioja e Islas Baleares se aumentó la contratación de servicios privados de salud, con disminución del número de camas públicas⁸. Brasil, en su historia sanitaria reciente, exhibe períodos de retrocesos y avances, desde la redemocratización del país en los años ochenta. El Sistema Único de Salud (SUS) fue formalmente creado en 1990, pero su implantación sigue en la actualidad.

A las dificultades históricas para su implementación, expansión y evaluación, derivados de factores internos del país, hay que sumar los impactos de la economía globalizada sobre las políticas sociales. Algunos ejemplos los podemos encontrar en los recientes recortes presupuestarios de las políticas sociales, como consecuencia de la severa desaceleración en el crecimiento del país desde 2013. La reforma que peores consecuencias está causando es la aprobación de la Propuesta de Enmienda Parlamentaria 241, la llamada PEC del "techo de gastos" (o "PEC de la muerte"), en 2016, que impone un límite para los gastos públicos por 20 años, cuyos presupuestos se corregirán cada año considerando sólo las pérdidas de la inflación y la reforma del sector de trabajo, con medidas de flexibilización y de regulación, aprobadas por el Congreso Nacional en 2017¹⁰. El escenario para los próximos años, bajo el nuevo gobierno conservador, en el poder desde enero de 2019, prevé que los riesgos para el mantenimiento de un sistema universal y accesible como el SUS son graves y palpables. En un año en que un importante líder político del país fue encarcelado tras un proceso incierto y que suscitó muchas dudas, y en medio de elecciones presidenciales, se asistió

a una evidente ruptura social y polarización política de la población. El sector salud y la Atención Primaria no quedaron al margen de esa grave coyuntura, y el gobierno electo para el cuatrienio 2019-2022 ya verbaliza para las medidas sociales sus intenciones de "recorte de gastos" y de privatización de los servicios públicos, evidenciando las históricas disputas en torno a los aspectos económicos y de modelo de salud en juego. La principal (si no la única) certeza es que los impactos en la salud y en las condiciones de trabajo pueden ser tan o más graves que las vividas por el país bajo las décadas de dictadura militar.

Las enfermeras de APS de España y Brasil. Apuntes para una perspectiva comparada

En el ámbito de la salud comunitaria, y en particular de la actuación de las enfermeras comunitarias en España, hay que destacar el proceso de profesionalización de la enfermería a raíz de la incorporación de los estudios de enfermería en la universidad en la década de los 70, aunque anteriormente ya existían figuras profesionales de cuidados (practicantes, enfermeras, ATS). Las bases adoptadas para la práctica de enfermería comunitaria tuvieron su origen en los principios emanados de la Conferencia Mundial de Salud de Alma-Ata en 1978. Sin embargo, hay una evolución que no coincide con las expectativas generadas inicialmente y los resultados posteriores que marcan la actualidad¹¹.

"Lo que se inició como un importante componente de discurso ilusionante en los años ochenta, con el paso de los años fue diluyéndose para dar paso a un panorama que para nada se parecía al que pregonaba."

La crítica se dirige a la fragilidad en el mantenimiento de las estrategias, que desemboca en una práctica pasiva y desmotivadora, que eventualmente se modifica de

manera positiva frente a nuevas propuestas o posicionamientos ante las dificultades. También se plantea la necesidad de que la APS oriente sus acciones para la atención a las necesidades de los ciudadanos, de tal modo que puedan participar en la toma de decisiones.

El efecto de la crisis para las enfermeras españolas tiene repercusiones dispares en función de cómo las Comunidades Autónomas gestionaron los recursos sanitarios. Aunque no existan datos nacionales, en Catalunya, por ejemplo, las enfermeras identificaron como importantes aspectos negativos la reducción salarial, el aumento de la presión asistencial o la precariedad laboral¹². En Brasil, las enfermeras de APS durante la primera mitad del siglo XIX actúan como visitadoras sanitarias, desarrollando sobre todo educación para la salud. En los años posteriores, el modelo de Salud Pública urbano basado en los centros de salud incluía a las enfermeras con bachillerato, entonces muy pocas. Estas acabaron asumiendo actividades gerenciales, sin abandonar las acciones educativas¹³.

Esta actuación fue aumentando y volviéndose más compleja, pasando poco a poco a incluir acciones asistenciales grupales e individuales, al mismo tiempo que la formación universitaria se fue extendiendo por el país. Hay consenso en que las enfermeras brasileñas históricamente desarrollan su actividad en una doble dimensión –la asistencial y la de gestión–, desde antes de la reforma sanitaria. Esa doble dimensión es asumida por las enfermeras individualmente, lo que representa una sobrecarga de trabajo^{13,14}.

En la práctica asistencial, destacan los cuidados primarios prestados a través de las consultas enfermeras, tanto programadas como a demanda, y con frecuencia esa última es el primer contacto de las personas con la APS. Sin embargo, la gestión continúa siendo la mayor carga de trabajo de las enfermeras brasileñas,

Las enfermeras son actores sociales estratégicos en contextos de crisis que afectan a las políticas sociales y de salud

leñas, y con frecuencia éstas informan sentirse sobrecargadas por la multiplicidad de tareas, sobre todo en áreas donde no hay personal médico¹⁵. Como posibles elementos de comparación, desde la perspectiva del proceso de trabajo enfermero de APS en ambos países se pueden destacar la práctica asistencial, en concreto la consulta enfermera, la práctica de gestión y la educación para la salud. Son actividades articuladas, que exigen movilización de recursos técnicos y cognitivos desde una perspectiva ético-política, y que permiten mantener y ampliar el acceso a la salud. Los impactos de las situaciones de crisis afectan directamente en el trabajo enfermero de APS, a partir de tres consecuencias de las medidas de austeridad: recorte salarial, sobrecarga de trabajo e inseguridad en el empleo¹². En lo que se refiere al proceso de trabajo, la complejidad y severidad de los impactos en las condiciones de vida y salud de los grupos vulnerables son aspectos que ciertamente influyen en la gestión y autogestión del trabajo en APS. En estas situaciones, las decisiones de las enfermeras suelen dirigirse más a intentar minimizar los efectos que amenazan la universalidad y la integralidad de los sistemas de salud, ante la ausencia de capacidad de respuesta de los servicios.

Conclusión:

¿Qué se puede prever para las enfermeras de APS a nivel internacional?

Consideramos que el impacto de las situaciones de crisis recientes para las enfermeras de APS en España y Brasil se centran en dos dimensiones: una, la que se configura según el conjunto de principios

ético-políticos y formativos de la profesión, y otra, la relacionada con las condiciones objetivas de trabajo de las enfermeras y de salud de la población que dichas enfermeras atienden.

Las situaciones de crisis económica y política vividas por los dos países (así como por otros) evidencian las visiones sobre qué proyecto de sociedad y desarrollo estamos defendiendo. El fortalecimiento de la visión neoliberal, por ejemplo, uno de los ejes de la relación entre estados y sociedades hoy, se dibuja en torno a políticas que tienden a limitar el alcance de las acciones, sobre todo (pero no sólo) a través del control de gasto público para sanidad. Esto se da a partir de una también limitada concepción de salud, de carácter instrumental, basada en la valorización de los conocimientos de áreas biológicas, medicalizadas, hospitalcentristas, asistencialistas, y centradas en la enfermedad, de respuestas inmediatas y basadas en indicadores exclusivamente cuantitativos. Este modelo actúa como barrera para la práctica integral, integrada e integradora de las enfermeras en APS, que definen la actuación de la enfermera comunitaria española, y de la salud colectiva brasileña. Esa perspectiva puede afectar a los procesos de formación profesional, transformándolos en mercancía, en detrimento de una formación de base humanista, técnico-científica y con posicionamiento ético-político.

Las medidas de austeridad, presentadas a través de discursos con tonalidades moralizantes, afectan directamente al mundo del trabajo y a la sostenibilidad financiera de la APS. A pesar de los discursos de modernización e innovación, se pre- ➤

sentan más bien como retrocesos históricos y ataques a los derechos civiles tan duramente conquistados en ambos países. La sociedad ve afectada su salud de diversas formas, en diversos ámbitos, de forma compleja y no siempre de manera inmediata. Es importante no relativizar el hecho de que los indicadores de mortalidad, por ejemplo, no sufran cambios inmediatos, dado que el empeoramiento de las condiciones de vida generado por las crisis afecta más rápida y severamente a los grupos vulnerables, que

siempre deben tener prioridad en la prestación de cuidados de salud. Se trata, por lo tanto, de contextos nacionales que, al afectar a las poblaciones de los dos países, así como a la fuerza de trabajo de las enfermeras comunitarias; plantean una severa amenaza al proyecto civil y democrático occidental. Defendemos la presencia generalizada y cualificada de enfermeras, con formación crítica y centrada en las competencias de la Enfermería Comunitaria y de Salud Colectiva, como principio imprescindible para

mantener y ampliar la capacidad de los sistemas públicos y universales de salud de generar respuestas a las demandas y necesidades de salud de poblaciones cada vez más diversas y empobrecidas.

Es necesario que las enfermeras, a nivel mundial, se organicen para analizar y dar respuestas a estas amenazas, para garantizar la permanencia de los valores fundamentales de la profesión, defendiendo la vida digna y el acceso a la salud para todas las personas, familias y comunidad. ▀

Bibliografía

- Martínez-Riera JR. Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf* 2012; 35(2):108-119.
- Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Nov [acceso 09 de diciembre de 2018]; 30(11): [2263-2281]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00021314>.
- Heras-Mosteiro J, Otero-García L, Sanz-Barber B, Aranaz-Andrés JM. Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 Jun [acceso 09 de diciembre de 2018]; 30(3): [184-190]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.003>
- Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud colect.* [Internet]. 2014 Abr [acceso 09 de diciembre de 2018]; 10(1): [81-91]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000100006&lng=es
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. 2017 IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE [acceso 09 de diciembre de 2018]; Disponible en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>
- Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int.* [Internet]. 2012 [acceso 25 de noviembre de 2018]; 28(4):490-501. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/das034>
- García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. España: Análisis Del Sistema Sanitario 2010: resumen e conclusiones. [internet]. 2011 Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud/ Sistemas Sanitarios In Transición [acceso 12 de octubre de 2018]; 12 (4): 1-269. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT2010_ESP.pdf
- Bacigalupe A, Escobar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health* [Internet]. 2014 [acceso en 18 de noviembre de 2018]; 25: 13- 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134120/>
- Celada JF, Fernández AQ, Moriano AM, Vera IA, Pérez CF, Martín Conty JL. Evolución de la tentativa suicida atendida por los Servicios de Emergencias Médicas de Castilla-La Mancha tras la crisis económica. *Rev Soc Esp Med de Urg e Emer* [Internet]. 2018 [acceso en 05 de diciembre de 2018]; 30, (4): 247-252. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/evolucion-de-la-tentativa-suicida-atendida-por-los-servicios-de-emergencias-mdicas-de-castillala-mancha-tras-la-crisis-econmica/>
- Silva GS, Barbosa ICL, Azevedo EA, Pinheiro HCM. Fundo público e a usurpação dos direitos do trabalho na atualidade. *Rev de Pol Públicas* [Internet]. 2017 [acceso en 9 de diciembre de 2018] 21(2): 623-640. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321154298004>
- Martínez-Riera JR. Atención Primaria de Salud: perspectivas de futuro. En: Martínez-Riera JR, Casado RP. *Manual Practico de Enfermería Comunitaria*. 2014. Elsevier España, Barcelona p. 52-60.
- Granero A, Blanch, Roldán J, Torralbas J, Escayola A. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica*. [Internet]. 2017; 27(3):163-71. [acceso en 13 noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-crisis-el-sector-sanitario-impacto-S1130862117300360>
- David HMSL, Acioli S, Seidl HM, Brandão OS. O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. En: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. 2018. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro p.337-368.
- Peduzzi M, Silva AM, Lima MADS (2013). Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. En: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. *Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem*. 2013. Ed. Manole, São Paulo p.265-292.
- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [acceso en 09 de diciembre de 2018]; 71(Supl 1): 704-709. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.